



แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจ  
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

# Motivational Interviewing

สำหรับสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

for Health Behavior Change

นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง  
ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ธันวาคม 2565



**ชื่อหนังสือ :** แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพ Motivational Interviewing for  
Health Behavior Change

**บรรณาธิการ** นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง

**จัดพิมพ์โดย** สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## สารบัญ

▪ บทนำ	4
▪ ความเป็นมาและความสำคัญ	8
▪ แนวทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ	14
▪ แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจสำหรับ ผู้ป่วยจิตเภท	44
▪ ตัวอย่างการศึกษาวิจัย	56
▪ เอกสารอ้างอิง	59

**กุญแจสำคัญ**ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้น  
อยู่ที่การรักษาอย่างต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถนะ  
ด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิต

## บทนำ

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสนั้น  
จะขาดการติดตามรักษา การกินยาที่ไม่สม่ำเสมอ  
ยอมนำไปสู่การเจ็บป่วย มีอาการกำเริบ บางรายอาจ  
ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอาการ  
ที่มาก บางรายที่มีความหลงผิด หวาดระแวงอาจก่อความ  
รุนแรงทั้งต่อผู้อื่นและตนเอง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ  
ญาติมีความตั้งใจในการรักษาจึงเป็นสิ่งที่นำไปสู่อาการ  
ทุเลาและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

การสนทนาสร้างแรงจูงใจหรือ Motivational  
Interviewing; MI เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่ใช้เวลา  
น้อย บุคลากรสามารถใช้เสริมความร่วมมือในการรักษา  
ไม่ว่าจะเป็นการกินยา การฉีดยา รวมทั้งการฟื้นฟู  
ความสามารถ เช่น การกลับไปเรียน การรับผิดชอบต่อ  
หน้าที่การงาน เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทนั้นอาจติดตามการรักษาไม่ต่อเนื่อง เช่น พบว่าหลังจากผ่านไป 18 เดือนประมาณ 75 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยจิตเภทจะขาดการติดตามรักษา อาจด้วยอาการที่มีมาก การขาดความตระหนัก และขาดความร่วมมือ

การสนทนาสร้างแรงจูงใจเป็นเทคนิคการให้คำปรึกษาที่มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางและมีหลักฐานในการสนับสนุนความร่วมมือในการรักษา สามารถลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

การสนทนาสร้างแรงจูงใจหรือ Motivational Interviewing; MI เป็นเครื่องมือการสนทนาและให้คำปรึกษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงนี้ การจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงหรือควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง การสนทนาสร้างแรงจูงใจยังมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรักษา การกินยาต่อเนื่อง ซึ่งมีความสำคัญในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น จิตเภท และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สนับสนุนพฤติกรรมการกินยาครบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

แนวการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ฉบับนี้ผู้เรียบเรียงได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีของ ดร.วิลเลียม มิลเลอร์ และ ดร.สติเฟน โรลนิก ให้มีความเหมาะสมกับบริบทงานบริการของงานผู้ช่วยนอกคลินิกจิตเวช คลินิกพิเศษและ NCDs Clinic plus ที่มีภาระงานค่อนข้างมาก โดยแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ใช้เวลาน้อยคือ 5 - 10 นาที ในแต่ละครั้ง โดยระบุว่าควรทำประมาณ 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 - 2 เดือนการสนทนาสร้างแรงจูงใจนี้เป็นการสนทนาแบบต่อหน้าและตัวต่อตัวอย่างไรก็ตามสามารถประยุกต์รูปแบบการสนทนาทางโทรศัพท์ และการสนทนากลุ่มได้ด้วย



## แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพออกแบบโดยใช้กรอบแนวคิดหัวใจหลัก ได้แก่

การค้นหาความต้องการจากผู้ป่วย  
[Evocation]

การสร้างความร่วมมือ  
[Collaboration]

การเสนอแนะแบบมีทางเลือก  
[Autonomy]

และการให้ความสำคัญกับความเข้าใจเห็นใจมีจิตเมตตาในการเปลี่ยนแปลงจากมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการให้คำแนะนำมีทั้งแบบสั้นและแบบกลุ่ม โดยผู้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำคือบุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่สนับสนุนให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้งความต้องการ ความตั้งใจ และสร้างความรู้สึกลึกถึงความเป็นไปได้ของผู้รับคำแนะนำ ด้วยรูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจให้คำปรึกษาที่เน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพอันดีมีประโยชน์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีได้

## ความเป็นมาและความสำคัญการสนทนาสร้างแรงจูงใจ

Dr. William Miller เป็นนักบำบัด เริ่มทำงานที่มหาวิทยาลัยโอเรกอน โดยส่วนใหญ่เป็นการบำบัด นักดื่มที่ประสบปัญหาจากการดื่มของตนเอง เขาพบว่าสไตส์ในการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างการแสดงออกถึงความเข้าใจเห็นใจ (Accurate Empathy) ตามแนวทางของ คาร์ล โรเจอร์ และการใช้เทคนิคเชิงพฤติกรรมตามแนวทางของ Behavioral Therapy เป็นวิธีการที่ได้ผลเขายังสังเกตด้วยว่านักบำบัดสุราในแนวพฤติกรรมบำบัดนั้นมีความสำเร็จไม่เท่ากันยิ่งพวกเขาแสดงให้เห็นผู้รับการบำบัดรับรู้ถึงความเข้าใจเห็นใจได้มากเท่าไรก็จะมีผลการบำบัดที่ดีมากขึ้น

ในปี 1982 เขาเว้นจากการสอนในมหาวิทยาลัยนิวเม็กซิโก และรับงานสอนนักศึกษาอยู่ที่ประเทศนอร์เวย์จากช่วงเวลาดังกล่าว เขาได้ดกผลึกทางความคิดเกี่ยวกับหลักการสำคัญของ Motivational Interviewing (MI) และได้ตีพิมพ์บทความครั้งแรกในปี 1983 (British journal Behavioral Psychotherapy)

ในช่วงปี 1980 -1984 ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพมีความชัดเจนด้วยงานของคอกเตอร์ Prochaska และคอกเตอร์ DiClemente ที่รู้จักกันในชื่อของทฤษฎี Transtheoretical Model หรือ Stages of Change ตามทฤษฎีนี้ การเปลี่ยนแปลงใน



พฤติกรรมสุขภาพอย่างเช่นการเลิกบุหรี่นั้นต้องอาศัยความพร้อมของผู้รับการรักษา หากผู้รับการรักษานั้นอยู่ในระยะที่มีความพร้อม การให้ความรู้เรื่องการเลิกบุหรี่ก็จะมีความสำเร็จสูง แต่หากพวกเขาอยู่ในระยะที่ขาดความพร้อม (เช่น Precontemplation ) การให้เพียงความรู้ย่อมไม่อาจเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้กับผู้ที่มีขาดความพร้อมเหล่านั้น กระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจจะมีประโยชน์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้เขาเหล่านั้นมีความพร้อมมากยิ่งขึ้น

### การศึกษาและการเรียนการสอน

MI มีความชัดเจนภายหลังการร่วมงานกันของ ดร.มิลเลอร์ และดร. โรลนิก จนกลายเป็นตำรา MI เล่มแรกในปี 1991 และยังได้รับความสนใจมากขึ้นเมื่อถูกเลือกให้เป็น หนึ่งในสามวิธีการบำบัดในโครงการ MATCH ในช่วงปี 1993 ผลจากโครงการแมทซ์ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการสนทนาสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพมากพอในการใช้บำบัด รวมทั้งใกล้เคียงกับการบำบัดแบบอื่นที่ใช้เวลามากกว่า (MI ใช้ 4 sessions ขณะที่ CBT และ 12 Steps ใช้ 12 sessions) ดังนั้นคงจะไม่ผิดไปจากความเป็นจริงว่ากระบวนการ Motivational Interviewing มีประสิทธิภาพมากพอในการบำบัดผู้ป่วยสุราและสารเสพติด

## การสนทนาสร้างแรงจูงใจ สำหรับผู้ป่วยโรคจิต

### Motivational Interviewing for Psychotic Disorder

#### งานวิจัยสนับสนุน :

นักวิจัย Kemp et al.,(1996) ได้ศึกษาการใช้ MI เพื่อสนับสนุนการเกาะติดการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การใช้ระยะเวลา 30 นาทีในการสนทนา 2 - 3 sessions และ 4 - 6 sessions ได้ผลดีในการเพิ่มอัตราการกินยา รวมทั้งผลการรักษา ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับ Supportive Counseling ผลการกินยาที่ดีนี้ยังคงอยู่แม้เมื่อเวลาผ่านไปถึง 18 เดือน

การศึกษาพฤติกรรมการกินยาซึ่งเป็นสิ่งที่ทำนายผลการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยซ้ำและการนอนโรงพยาบาลรวมไปถึงผลต่อการดำเนินชีวิตแม้กระทั่งการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบอัตราการหยุดยาสูงในผู้ป่วยจิตเภท

สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยการป่วยซ้ำว่าการติดตามการรักษาและการกินยาต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญมาก (การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม (นาถนภา วงษ์ศีล และคณะ,2556)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพจึงต้องใส่ใจในการสนับสนุนการติดตามรักษาและกินยาครบเสมอ

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการจัดทำโปรแกรมที่ช่วยสนับสนุนการรักษา ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ได้ผลน่าพอใจแต่อาจมีความแตกต่างกันไปบ้างในเรื่องของรายละเอียด เช่น ระยะเวลา ความถี่ วิธีการนำเสนอ (Richard Gray et.al.2002)

พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรจิต เป็นปัญหาสำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรับประทานยาคือความตระหนักในความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และได้เสนอว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและพฤติกรรมการกินยาสรุปได้เป็น 5 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทักษะพื้นฐานเช่น การจดจำมีดยา ชนิดยารวมทั้งจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
2. การสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตเช่น ช่วงขาดยาแล้วอาการไม่ดี ช่วงที่กินยาอาการดี
3. สนทนาเกี่ยวกับความลังเลใจที่อาจมีได้ แล้วให้ข้อมูลเพื่อลดความลังเลใจเหล่านั้น
4. ค้นหาและทำความเข้าใจกับค่านิยมและความเชื่อเช่นอาจมีบางคนเชื่อว่าถ้าหยุดยาได้แสดงว่าหายแล้วเป็นต้น
5. การชักชวนให้มองไปข้างหน้า สิ่งดีที่ได้รับเมื่อการรักษาไปได้ด้วยดี

การสนทนาสร้างแรงจูงใจนั้นสามารถสนับสนุนการรักษา ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ การนอนโรงพยาบาล รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ อย่างไรก็ตามผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนความร่วมมือในการรักษานั้นอาจมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะเวลาการป่วย เพศ และการใช้สารเสพติดร่วม (Emile Barkhof\*,1, Carin J. Meijer1 et.al.2013)

ความสำเร็จในการสนับสนุนการรักษาด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เกิดขึ้นจากหลักการสำคัญที่ใช้ในการสนทนาสร้างแรงจูงใจเช่น การมีสัมพันธภาพที่เชื่อใจกัน การสนทนาเกี่ยวกับประเด็นที่ลึกลงใจโดยเฉพาะการกินยาต่อเนื่อง และการตั้งเป้าหมายโดยตัวผู้ป่วยเอง (Jos Dobber et.al.2018)

องค์ประกอบที่สำคัญและมีผลต่อประสิทธิผลในการสนับสนุนการติดตามรักษา นั้นยังแสดงออกในกระบวนการสนทนาไม่ว่าจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และโดยเฉพาะการหยิบยกประเด็นความลึกลงใจในการกินยามาสนทนา ซึ่งอาจเป็นการสอบถามเกี่ยวกับความลึกลงใจและเหตุผลของผู้ป่วย และสะท้อนไปยังเป้าหมายที่ต้องการ คือ การหายป่วยและกลับไปดำเนินชีวิตอย่างที่ควรเป็น ทั้งหมดนี้หลายครั้งตามมาด้วยการตกลงปลงใจในความร่วมมือต่อการรักษาในที่สุด (Jos Dobber et.al.2020)

กระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจผสานไปกับการรักษาทางการแพทย์ได้ถูกประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผลการรักษาออกมามีผลดีที่สุดไม่ว่าจะเป็นโปรแกรมการรักษาด้วยยาเกิน หรือการใช้ยาชนิดระยะยาว (Chien et al. Trials (2015)

### สรุป

โดยสรุปแล้ว ปัญหาการติดตามการรักษา [Adherence] เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้มากในผู้ป่วยจิตเวช การสนับสนุนพฤติกรรมกรรมการกินยานิดยา ติดตามการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ จากงานวิจัยต่างๆพบว่าการใช้ MI กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตสามารถสนับสนุนผลการรักษาที่ดี ไม่ว่าจะเป็นผลในเชิงการติดตามการรักษา การกินยาครบ ลดความเสี่ยงในการกำเริบและลดการเข้าอนรักษาทันในโรงพยาบาล ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อย หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิด ความรุนแรง

## แนวทฤษฎีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

Miller และคณะ ได้พัฒนาวิธีการมาตรฐานหลักเพื่อบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ในโครงการ Project MATCH ของ National Institute on alcohol abuse and Alcoholism (NIAAA) เรียกว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ผลการศึกษาพบว่าวิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดมาตรฐานอื่นๆ เช่น Cognitive Behavioral Therapy, Twelve Steps facilitation

**หลักการสำคัญ 3 ประการ** อันเป็นเสมือนหัวใจหลักเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มีความยั่งยืนได้แก่ (Miller & Rollnick, 2002)

1) การสร้างความร่วมมือ มากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก (Collaboration VS Confrontation)

2) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับการปรึกษามากกว่าการแนะนำสั่งสอน (Evocation VS Imposing)

3) การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าการเชื่อฟังและทำตาม (Autonomy VS Authority) ด้วยรูปแบบการสนทนาให้การปรึกษาที่เน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลางร่วมไปกับสัมพันธภาพอันดีจึงจะสามารถช่วยให้ผู้มีปัญหาหันมามองปัญหาและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

**เทคนิคที่สำคัญในวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET)**  
เรียกว่า DARES ถูกนำมาประยุกต์เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการ  
ให้ปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม  
เรียกว่า อีดา (EDARE) (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2555) รายละเอียด ดังนี้

1. **แสดงความเห็นใจ (Express empathy)** ผู้ให้คำปรึกษาให้  
การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและให้เกียรติผู้รับบริการปรึกษา

2. **ชี้ให้เห็นความขัดแย้งในตนเอง (Develop discrepancy)** คือ  
การกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างหรือเกิดภาวะวิกฤติ  
จนกระทั่งผู้รับบริการปรึกษาเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงมีความ  
ต้องการมากขึ้นที่จะพูดคุยถึงทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะ  
ลดความรู้สึกแตกต่างนี้

3. **ให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก (Advice with menu)** โดยให้  
ข้อมูลและเสริมสร้างทักษะชีวิตแก่ผู้รับบริการปรึกษาร่วมด้วย

4. **ไม่เถียงด้วย (Avoid argumentation)** บางครั้งผู้รับบริการ  
ปรึกษาอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจสับสนจึงใช้กลไกการป้องกัน  
ตัวเองที่จะลดความรู้สึกไม่สบายใจให้น้อยลงและไม่ต้องการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจูงใจอย่างจริงจังของผู้ให้การปรึกษาจะ  
กระตุ้นให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดความรู้สึกต่อตนเองและคิดว่าไม่เข้าใจ  
ตนเองจึงควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียง ดังนั้นควรหาวิธีอื่นๆที่จะ  
ช่วยเหลือผู้รับบริการปรึกษาให้เห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามมา

5. กลิ้งไปกับแรงต้าน (Roll with resistant) เมื่อผู้รับบริการ  
ปรึกษาเกิดความรู้สึกต่อต้านผู้ให้การปรึกษาไม่ควรปล่อยให้  
ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อแต่ควรเสนอแนวคิดใหม่ในการคิด  
เกี่ยวกับปัญหา (ไม่ใช่การบังคับให้ใช้) โดยมีเป้าหมายที่จะ  
ปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับบริการ

6. สนับสนุนความมั่นใจในตนเอง (Increase self-efficacy)  
การชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ถ้าผู้รับบริการทำ  
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเพื่อลดปัญหาต่างๆ ส่งผลให้  
ผู้รับบริการมีความหวังมองโลกในด้านบวกสนับสนุนความมั่นใจว่า  
ผู้รับบริการมีศักยภาพเพียงพอที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสมบูรณ์



นอกจากนี้ยังมีหลักการที่เรียกว่า FRAMES ที่ใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา หลักการนี้ถูกพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกใช้ในกระบวนการให้คำปรึกษาอย่างสั้น(Brief Intervention) (เขาวพา ไตรพฤษชาติ,2554) ดังนี้

**Feedback** ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่ได้แก่ประวัติการสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบ

**Responsibility** เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับเป็นสิทธิของผู้ป่วยเองอย่างเต็มที่ ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงแค่แนะนำในสิ่งที่ดี

**Advice** การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และนำไปประกอบการตัดสินใจ

**Menu** ทางเลือกในการปฏิบัติไม่ควรมีมากเกินไปและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

**Empathy** ความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยอมรับที่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักกับปัญหาหรือยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการไม่รับ

**Self efficacy** การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่เดิมในตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ความหวังและมีกำลังใจว่าสามารถทำได้

## การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(Motivation interview: MI) จากข้อสังเกตในพฤติกรรมสุขภาพสู่เทคนิคการให้คำปรึกษา

Miller & Rollnick ได้พัฒนาเทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview: MI) เมื่อ ค.ศ. 1991) ใช้เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client center counseling) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบำบัดค้นหาและจัดการกับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จุดเน้นที่สำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจคือการช่วยให้ผู้รับบำบัดตระหนักถึงปัญหา หรือสิ่งที่อาจทำให้เป็นปัญหาในอนาคตและแนวทางการจัดการกับปัญหา เหมาะสมกับผู้รับบำบัดที่มีความลังเลใจต่อการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยช่วยให้ผู้รับบำบัดจัดการกับภาวะความลังเลใจและก้าวไปข้างหน้าสู่การเปลี่ยนแปลงสำหรับคนที่มีความลังเลใจและมีต้นทุนเดิมก็สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้อาศัยทฤษฎี Stage of change ของ Prochaska & DiClemente (1992) ในการอธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดเป็นเพียงช่วยให้ผู้รับบำบัดจัดการกับความลังเลใจและยังช่วยให้ผู้รับบำบัดดำเนินการเปลี่ยนแปลงต่อไปด้วยตนเองได้

วิธีการสนทนาเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) นี้เป็นกลยุทธ์ในการแก้ไขความลังเลใจ (Ambivalence) และอาศัยการตอบสนองอย่างเหมาะสมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง Stage of change ตามทฤษฎี

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente (1992) ซึ่งเป็นทฤษฎีสำคัญที่ใช้อธิบายในเรื่องของพฤติกรรมการดื่มสุราและสารเสพติดทั้งหลายว่ามีขั้นตอนอย่างไรควรสนทนอย่างไร ในความเป็นจริงแล้วเรายังสามารถมองทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นการอธิบาย “ขั้นตอน” ของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเรื่องนี้ Prochaska & DiClemente ได้พัฒนาทฤษฎีจากการศึกษาในผู้ที่ติดบุหรี่ การให้คำปรึกษาแนวคิดของลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงนี้เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1975 โดยในระยะแรกได้วิเคราะห์ ทฤษฎีทางจิตวิทยาและการทำจิตบำบัดมากมายโดยเฉพาะทฤษฎีหลัก 18 ทฤษฎีพร้อมทั้งสรุปปัจจัยที่เสมือนกุญแจแห่งการเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบไปด้วย (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

1. การรู้ตัวหรือเกิดสติ (Consciousness raising)
  2. ความรู้สึกเท่าเทียมกันในสังคม (Social liberation)
  3. ภาวะอารมณ์ตื่นตัว (Emotional arousal)
  4. การย้อนกลับมาประเมินตัวเอง (Self revaluation)
  5. การตกลงปลงใจหรือมีพันธะสัญญา (Commitment)
  6. การชั่งน้ำหนักผลดีผลเสีย (Countering)
  7. การระวังสิ่งกระตุ้น (Stimulus control)
  8. การได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม (Environment control)
- ไม่ว่าจะเป็นสังคมความเชื่อหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตัวเราก็คตาม

## 9. การได้รับแรงเสริม (Reward)

## 10. สัมพันธภาพของความช่วยเหลือ (Helping relationship)

ในระยะต่อมาที่ทำในหมู่นักสูบบุหรี่ก็ทำให้พบขั้นตอนหรือลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 5 ขั้นตอน (เทอดศักดิ์ เศษคง, 2556)

**1. ระยะมองไม่เห็นปัญหา (Pre-contemplation)** ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้รับบริการ (หรือนักสูบ/นักดื่ม ฯลฯ) ยังไม่ได้คิดถึงความเสี่ยงของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองว่าเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์อันเลวร้ายในระยะนี้นักสูบบุหรี่จะคิดว่าตนสูบบุหรี่ไม่มากไม่มีทางเป็นมะเร็งได้เลย

- นักดื่มจะคิดว่าตนเองดื่มแบบควบคุมได้ (ทั้งที่จริงแล้วไม่ใช่) หากอยากเลิกก็เลิกได้ (ไม่ใช่ปัญหา)
- นักเที่ยวอาจคิดว่า การติดเชื้อเอชไอวีเอดส์นั้นจะเกิดจากการมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ส่วนการมีเพศสัมพันธ์ปกติไม่จำเป็นต้องป้องกัน

**2. ระยะมองเห็นปัญหา (Contemplation)** แต่ยั้งถึงเลา ระยะนี้นักสูบจะมองเห็นความเสี่ยงหรือปัญหาที่อาจติดตามมาจากพฤติกรรมสุขภาพของตนอย่างไรก็ตามเมื่อชั่งน้ำหนักแล้วยังไม่พบความคุ้มค่าที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองในระยะนี้นักสูบบุหรี่อาจกล่าวว่าพวกเขาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดอย่างไรก็ตามเขาขอสูดต่อไปก่อนเพราะความสุขในชีวิตเป็นสิ่งที่หาได้ยาก ผู้ป่วยเบาหวานที่ชอบดื่ม

กินยาอาจรู้ตัวว่าการกินยาเป็นเรื่องสำคัญแต่ก็มีข้ออ้างว่างานยุ่ง หลงลืมไปบ้างผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจยังคงติดอยู่ในขั้นตอนที่มองเห็น ปัญหาแต่ยังไม่ลงมือทำอะไรเป็นเวลาหลายเดือนแม้กระทั่งเป็นปี

### 3. ระยะเตรียมตัวหรือพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (Preparation)

ระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลได้แสดงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง พวกเขาอาจวางแผนการแล้วว่าจะทำอะไรบ้างเพื่อลดน้ำหนักอาจ ซื้อรองเท้าวิ่งไปสมัครเป็นสมาชิกในฟิตเนสโดยทั่วไปแล้วการทำตามแผนมักเกิดในช่วงไม่เกิน 1 เดือนหลังจากการได้วางแผน แน่แน่นอนว่าหากเกินไปจากนี้ความตั้งใจก็จะลดลง

### 4. ระยะลงมือปฏิบัติ (Action)

ในระยะนี้บุคคลจะทำตามแผนการที่ได้วางไว้ผู้ป่วยเบาหวานจะเริ่มลดอาหารชนิดที่แคลอรีสูง นักสูบบุหรี่จะลดการสูบลงใครที่เคยขาดยาบ่อยๆก็จะเอายาใส่กล่อง แล้ววางไว้ในที่เห็นชัดเพื่อกระตุ้นการกินยา

### 5. ระยะคงสภาพพฤติกรรมใหม่ (Maintenance)

คือระยะที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ตั้งใจไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจกินเวลาหลายเดือนจนถึงหลายปีแล้วแต่ชนิดของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมักมีความยากง่ายแตกต่างกันอย่างไรก็ตาม ก่อนที่บุคคลจะเข้ามาถึงระยะคงสภาพได้นั้นพวกเขาก็จะต้องผ่านการ “ผลอไป” และแก้ไขปรับปรุงตนเองครั้งแล้วครั้งเล่าอยู่หลายครั้งที่เดียวการพลาดไปดังกล่าวมักจัดว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติของ

การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้จัดว่าเป็นความ “ล้มเหลว” แต่อย่างไร

ระยะต่างๆของการเปลี่ยนแปลงนี้มีลักษณะเป็นวงจร ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเป็นไปตามลำดับขั้น และอาจย้อนกลับไปกลับมาได้ เช่น หากเมื่อเคยทำได้อย่างที่ตั้งใจไว้ก็ อาจมีบางอย่างผลักดันเขากลับไปยังจุดที่มองข้ามปัญหาอีกก็ได้ ดังนั้นผู้ที่บำบัดรักษาหรือให้การปรึกษาแก่ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ จึงควรทำความเข้าใจกับธรรมชาติและพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้และ เข้าใจในความ “พลอไป” ว่าไม่ใช่ความล้มเหลวจากนี้ยังควร เข้าใจด้วยว่าบางปัญหาเช่นการสูบบุหรี่นั้นนักสูบอาจต้องผ่าน กระบวนการตามลำดับขั้น 3 - 4 รอบกว่าจะสามารถคงสภาพพฤติกรรม สุขภาพตนเองคือการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จผู้รับการปรึกษาบางรายก็ อาจตกค้างอยู่ในขั้นตอนแรกๆของการเปลี่ยนแปลงเช่นอาจติดอยู่ใน ขั้นตอนการวางแผนแต่ไม่ยอมปฏิบัติอยู่นานเป็นเดือนๆซึ่งผู้ให้การ ปรึกษาจำเป็นต้องเข้าใจและสรรหากลวิธีมากระตุ้นแรงจูงใจให้มาก พอจนสามารถผลักดันพวกเขาให้ก้าวสู่ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ต่อไปได้ในที่สุด

ในกระบวนการให้คำปรึกษาผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาคือ OARS (เทอดศักดิ์ เดชคง,2555) ได้แก่ การตั้งคำถาม (Open end questioning) การชื่นชม (Affirmation) การสะท้อน (Reflective listening) การสรุปความ(Summarization)เป็นจุดที่สามารถสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับคำปรึกษาได้ดีทักษะพื้นฐานที่สำคัญดังกล่าวได้แก่

**การถามคำถามปลายเปิด** (Open ended question)

**การแสดงความชื่นชม** (Affirm the client)

**การสะท้อนตอบ** (Reflex what the person says)

**การสรุปความ** (Summarized perspectives on change)

**การถามคำถามปลายเปิด (Open ended question)**

การถามคำถามในแบบปลายเปิดหมายถึง คำถามที่สนับสนุนการตอบที่มีรายละเอียด แตกต่างจากการถามคำถามปลายปิด ซึ่งสนับสนุนการถามแบบสั้น ๆ

ตัวอย่าง เช่น “คุณมีความเห็นเกี่ยวกับการกินยาอย่างไรบ้าง” จัดว่าเป็นคำถามปลายเปิดเพราะมันสนับสนุนในผู้ป่วยตอบความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับยาที่อาจมีจำนวนเม็ดที่มากจนน่าเบื่อ หรือมีอาการข้างเคียงที่รบกวนต่อชีวิตประจำวัน

จะเห็นว่าคำถามปลายเปิด มักเป็นคำถามประเภท “เพราะอะไร” “อย่างไร”

สำหรับคำถามปลายปิด "ได้แต่การถามคำถามประเภท "ใช่ ไหม" "เท่าไร" "ที่ไหน" กับคำถามลักษณะแบบนี้เราจะได้คำถามที่แน่นอน ชัดเจน

คำถามปลายปิดมีข้อดีที่ทำให้เราได้ข้อมูลอันชัดเจน จึงเหมาะแก่การถามในรายละเอียดบางอย่างที่ต้องการความถูกต้อง อย่างไรก็ตามในการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจนี้การใช้คำถามปลายเปิดมากกว่า และที่สำคัญก็คือ หากการถามปลายเปิดนี้เป็นไปอย่างถูกต้องก็จะช่วยกระตุ้นกระบวนการคิด ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาหันมามองปัญหาที่เคยไม่ใส่ใจ ซึ่งจะผลักดันการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพได้

**ที่น่าสนใจ คือ การถามจะนำไปสู่ความสนใจในประเด็นต่างๆ เช่น ถามว่าช่วงขาดยาเป็นอย่างไร (แน่นอนว่าอาการไม่ดี นอนไม่หลับ) ผู้ป่วยยอมตอบว่ามีปัญหาหลายอย่าง การสนทนาที่ยอมนำไปสู่การคิดว่า ถ้ากินยาต่อเนื่องคงจะดี**

**วัตถุประสงค์** ของการถามคำถามมี 2 ประการ คือ

1. เพื่อค้นหาข้อมูลซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการถามโดยทั่วไป เช่น คุณออกกำลังกายอย่างไรบ้าง กินอาหารประเภทนี้บ่อยแค่ไหน ฯลฯ



2. การถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ การถามแบบนี้เป็นคุณสมบัติเฉพาะของการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ เพราะคำถามที่เหมาะสมจะทำให้ผู้รับคำปรึกษา (หรือผู้ป่วย) ฉุกใจคิด ถึงความเสี่ยงของตนและหันมาให้ความสนใจกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

### การถามเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ (Evocative Questions)

\* “อะไรทำให้คุณอยากดื่มสุราน้อยลง” หรือ “อะไรที่ทำให้คุณต้องรับประทานยาต่อ” การถามแบบนี้เป็นการถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดื่มสุราหรือผู้ป่วยสำรวจความตั้งใจ (intention to change) และสาเหตุที่ทำให้มาปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับการดื่ม การคุยกันเกี่ยวกับเหตุผลดังกล่าวนี้จะยิ่งกระตุ้นแรงจูงใจให้มั่นคงมากขึ้น

\* “คุณมีอาการเวียนศีรษะมานานแล้วแต่วันนี้ที่มากมีสาเหตุกระมัง” “มีอะไรที่กังวลใจ” (Concern) การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแต่กินยาไม่สม่ำเสมอแถมยังมีอาการเวียนศีรษะอยู่บ่อย ๆ ตัดสินใจมาพบแพทย์นั้นก็ต้องมีเหตุผลสำคัญเป็นไปได้ว่า เขาได้รับคำเตือนจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการป่วยเป็นอัมพาตเขากลัวที่จะเดินไม่ได้หากปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไป การชักชวนให้ผู้ป่วยสนทนาถึงสาเหตุเฉพาะเจาะจง เช่นนี้จะทำให้เรารู้สึกว่าอะไรจะจูงใจให้ผู้ป่วยรายนี้กินยาอย่างต่อเนื่องต่อไปและยังใช้เหตุผลนี้สนับสนุนผู้ป่วยให้กินยาต่อเนื่องได้อีกด้วย

\* “คุณเองไม่ได้มารับยาหลายเดือนแล้ว ที่มาวันนี้มีอาการอะไรบ้างไหม” (ผู้ป่วยอาจบอกว่านอนไม่หลับหลายคืนแล้ว ขณะที่ญาติอาจบอกว่าผู้ป่วยไปทำงานไม่ได้ มีอาการระแวง)

ในทำนองเดียวกันการถามถึงอุปสรรคที่ขัดขวางผู้ป่วยอยู่ก็ทำให้ค้นพบความเชื่อหรือข้อมูลที่ต้องมาปรับความเข้าใจให้ถูกต้อง ไม่แน่ว่าคำตอบอาจเป็นประเภท “ผมกลัวว่าออกกำลังกายแล้วจะเป็นลมตายเหมือนนักฟุตบอลที่เป็นข่าว”

และบางครั้งการที่แพทย์ถามว่า “ผมอยากให้คุณกินยาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด มีอะไรบ้างที่ผมควรทำเพื่อให้คุณกินยาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด” ถึงแม้ไม่มีคำตอบแต่ก็ทำให้คนไข้เกิดความตระหนักว่า หมอคนนี้เป็นห่วงสุขภาพของเขาจริง ๆ ก็จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดตามมาได้เหมือนกัน

คำถามเพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหา มองผลดีในอนาคตหากทำได้หรือมองเห็นผลเสียหากไม่เปลี่ยนแปลง (Exploring pro and Cons) กลุ่มคำถามนี้ได้แก่

คุยเรื่องผลเสียหากยังมีพฤติกรรมเดิม “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไรรหากปล่อยให้หน้าหนักตัวมากกว่านี้ต่อไป”

คุยเรื่องผลดีหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เช่น “จะเกิดอะไรขึ้นหากคุณกินยาอย่างต่อเนื่อง”

คุยเรื่องสำคัญ เช่น “ลูกจะรู้ดีได้อย่างไรการดื่มเหล้าของคุณ”

คุยเรื่องเป้าหมายในชีวิต เช่น “คุณอยากให้สุขภาพเป็นอย่างไรในอีก 20 ปีข้างหน้า”

หากผู้ป่วยบอกถึงสิ่งที่ต้องการไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ทำ (Develop Discrepancy) เราจะกระตุ้นความไม่สอดคล้องนี้โดยใช้คำถามหรือการให้ข้อมูล เช่น

- การถามถึงเป้าหมายในชีวิต(Exploring Goals and value)  
“อะไรคือเป้าหมายในชีวิตของคุณ”

- การถามถึงอดีตที่ดีกว่า(Looking back) เช่น “ให้คุณเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองก่อนหน้านี้กับตอนนี้เป็นอย่างไ”

การถามคำถามปลายเปิดที่ดี และถูกจังหวะจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคำพูดสำคัญที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เราเรียกว่าการตอบคำถามลักษณะเช่นนี้ว่าเป็นการตอบด้วย “Change talk”

Change talk หรือคำพูดที่แสดงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นสัญญาณที่บอกผู้ให้คำปรึกษาว่า คุณได้ “บรรลุเป้าหมาย” แล้ว

หากเราถามผู้ป่วยว่า “อะไรที่สำคัญและคุณอยากทำ ใ้ช้การเลี้ยงหลานหรือเปล่า”

หรือ “ลูก ๆ อยากให้คุณอยู่และช่วยเลี้ยงหลานให้พวกเขา”

“ถ้าคุณกินยาต่อเนื่องดี นอนได้สบาย สมอแง่มใสก็จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น”

หากผู้ป่วยรู้สึกว่ามัน “ตรงใจ” ก็จะตอบว่า “ใช่เพราะที่แล้วมาผมดูแลหลาน ๆ ไม่ค่อยได้ก็เพราะไอ้อาการเวียนศีรษะนี้แหละ”

“ผมจะกินยาให้ได้ทุกวันครับ”

### Change talk มีอะไรบ้าง ?

Change talk เป็นคำพูดที่มักแสดงถึงความตั้งใจ หรือแรงจูงใจที่ตนเองมี ซึ่งพบได้หลายรูปแบบ ที่เรียกว่า DARN - C

**D**

**D = Desire statement** เป็นประโยคที่แสดงความปรารถนาต่อสุขภาพ เช่น “ผมต้องการจะมีร่างกายแข็งแรง” หรือปรารถนาต่อคนที่รัก “ฉันต้องการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก”

**A**

**A = Ability statement** เป็นประโยคที่แสดงถึงความสามารถของตัวเองที่จะทำบางสิ่งบางอย่างได้สำเร็จ เช่น “ผมเชื่อว่าเรื่องแค่นี้ผมสามารถทำได้แน่” “ผมเข้มแข็งมากพอที่จะปฏิเสธการชักชวนในการเล่นพนัน”

**R**

**R = Reason statement** เป็นประโยคที่แสดงผลของการเปลี่ยนแปลงนั้น “ผมจะเลิกดื่มผมอยากมีอายุยืนครับ เพราะผมจะได้อยู่คู่ลูกโต” “ฉันอยากเดินทางเที่ยวรอบโลกแน่นอนว่า ฉันต้องแข็งแรงกว่านี้” “ฉันคงคิดกว่านี้ถ้าฉันน้ำหนักลดไปสัก 8 กิโลกรัม”

# N

**N = Need statement** เป็นประโยคที่แสดง “ความจำเป็น” ของผู้พูดเพราะหาเขาทำไม่ได้เขาก็อาจต้องสูญเสียหรือได้รับผลร้ายตามมา “ผมต้องเลิกดื่มแน่ครับ มันเป็นเรื่องจำเป็นเสียแล้ว” มันจำเป็นที่ต้องหันมาดูแลตัวเองในการออกกำลังกายมากขึ้น “ผมต้องรักษาต่อเนื่อง เพราะผมต้องเรียนให้จบ”

# C

**C = Commitment** เป็นรูปแบบการพูดที่เน้นพันธะสัญญาหรือความตั้งใจ เช่น “ผมตั้งใจจะทานข้าวมื้อเย็นเหลือ 1 ทักพี” “ผมสัญญาว่าจะบริจาคทุกเดือนตามนัด”

## การแสดงความชื่นชม (Affirmation)

การแสดงความชื่นชมต่อการกระทำหรือการตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษาจะช่วยทำให้การกระทำดังกล่าวได้รับการยอมรับและมีแนวโน้มที่จะตั้งใจปฏิบัติตามมากยิ่งขึ้น การชื่นชมนี้มีความใกล้เคียงกับคำชมเชยแต่ออกจะมี “วาทะโวหาร” ที่สละสลวยกว่า

เมื่อคุณพบว่าผู้ป่วยรายนี้ บ้านพักอยู่ตั้งไกลแต่ยังมาตรวจกับแพทย์นี้ (แม้ว่าจะเลย์นัดไป 2 วันแล้วก็ตาม) คุณอาจบอกมาว่า “ผมรู้สึกชื่นชมที่แม้คุณจะอยู่ไกลเดินทางก็ลำบากแต่ก็พยายามพบแพทย์และรักษาต่อเนื่อง”

การแสดงความชื่นชมนี้เน้นในสิ่งสำคัญได้แก่

1. การตัดสินใจ “ผมเห็นด้วยที่คุณบอกว่าจะกินยาต่อเนื่อง มันจะทำให้สมองของคุณแจ่มใสดีขึ้นมาก”

2. ความรู้สึก เช่น “คุณทำในสิ่งที่แม่ชื่นใจ”

3. พฤติกรรม โดยเฉพาะความพยายามปฏิบัติตนให้มี

พฤติกรรมสุขภาพดี “เช่น คุณตั้งใจมากเพราะแม้ว่าฝนตก/อยู่ไกลแต่ก็มาตามนัด/ไปจับวินมอเตอร์ไซค์”

การแสดงความชื่นชมนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีแต่ก็ต้องเข้าใจว่า มันควรเป็นความรู้สึกจริง ๆ ของผู้ให้คำปรึกษามีใช่เป็นเพียงการชมเชยแบบไม่จริงใจหรือขอไปที่ และก็ควรใช้อย่างถูกจังหวะมิได้ใช้บ่อยจนเกินไป

การชื่นชมนี้ยังช่วยสร้างความร่วมมือในการรักษา ดังที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากติดตามการรักษาเพราะเขารู้สึกดีกับการสนทนากับผู้รักษา

### การสะท้อนความ (Reflection)

การสะท้อนความมีความใกล้เคียงกับการทวนความ เพียงแต่ในการทวนความมักเป็นการพูดในประโยคเดิม ทว่าการสะท้อนความมักเป็นการตอบสนองต่อข้อมูลของผู้รับคำปรึกษาโดยเน้นที่ความหมายที่สำคัญและเป็นคุณสมบัติเฉพาะของกาย ก็คือการ

สะท้อนความนี้เป็นการสะท้อนที่หวังผลให้ผู้รับการปรึกษา คิดถึง เหตุผลการเปลี่ยนแปลงตนเอง

### การสะท้อนนี้อาจทำให้ได้หลายประเด็น

1.เกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้ต้องมาปรึกษา (หรือทำให้เดือดร้อน นั้นเอง) เช่น เมื่อผู้รับการปรึกษาบอกว่า “เขาต้องมาพบแพทย์ เพราะ หัวหน้าบอกว่าต้องมา” ผู้ให้การปรึกษาอาจบอกว่า “หัวหน้าคุณเห็น ความจำเป็นต้องมาพบแพทย์”

2.เป็นคนบางคนที่มีผลต่อการเกิดแรงจูงใจ เช่น ลูก แม่ เพื่อน ฯลฯ เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “วันนี้แม่พามาด้วย” (ทั้งที่ไม่ค่อยได้มา) ผู้ให้คำปรึกษาอาจสนทนาว่า

“วันนี้เป็นยังไงบ้าง แม่ถึงได้มาด้วย”

“แม่เขาอยากมาเป็นเพื่อน”

“แม่มาด้วย แม่เขาเห็นความสำคัญของการรักษาหรืออย่างไร”

3.เป็นสถานการณ์บางอย่างที่ผู้รับคำปรึกษาใส่ใจหรือกังวล ใจ เช่น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เพราะมีเพื่อนสนิทร่วมวงเหล้าป่วยหนัก ผู้ให้คำปรึกษาอาจสะท้อนตอบว่า “คุณบอกว่าเพื่อนป่วยหนักแล้วเขาก็เคยดื่มเหล้ากับคุณอยู่บ่อยๆ” (มันเกี่ยวกับการดื่มหรือเปล่า)

การสะท้อนความยังมีได้หลากหลายตามสถานการณ์แต่ ทั้งหมดนี้ก็เป็น การพูดถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาให้ความใส่ใจและผู้ให้ คำปรึกษา ประเมินดูแล้วน่าจะเสริมแรงจูงใจแก่ผู้รับคำปรึกษาได้

## การสรุปความ

การสรุปความเป็นเสมือนการขมวดปม ของการสนทนาที่ผ่านมามีว่าการสนทนานั้น ได้หัวข้อที่ต้องเวิร์คต่อในประเด็นใดบ้าง ในการสรุปความนี้อาจสรุปให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจและเห็นภาพรวมว่า

1. ปัญหาคืออะไร (ทั้งปัญหาหลัก เช่น นอนไม่หลับ ทำงานไม่เต็มที่ เชิงพฤติกรรม เช่น ยังไปเรียนไม่ได้ทุกวัน)
2. สรุปแรงจูงใจที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงตนเอง (เป็นเหตุผลหรือความจำเป็น)
3. สรุปทางเลือกที่สามารถนำมาวางแผนการในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

ตัวอย่างเช่น ในการสนทนากับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมักขาดยา หลังจากอาการดีขึ้นในครั้งนี้อาจมาด้วยอาการเบื่อเซ็งและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง



## ผู้ให้คำปรึกษาอาจสรุปว่า

“อารมณ์ที่เบื่อบ่อยๆ ซึมเศร้าทำให้คุณทำงานได้ลำบาก คุณเองก็กังวลว่ามันอาจทำให้คุณมองว่าคือยaprสิทธิภาพ”

“คุณเคยมีประสบการณ์ในการกินยารักษามาแล้วและคุณก็รู้ว่าอาการจะดีขึ้นหากได้กินยาต่อเนื่อง มันทำให้คุณทำงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพที่สำคัญมันทำให้คุณมีความสุขกับชีวิตประจำวันได้”

“คุณวางแผนว่าคราวนี้จะกินยาต่อเนื่องให้นานขึ้น ซึ่งพบได้เล่าให้ฟังแล้วว่าส่วนใหญ่แล้วจะให้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าพบแพทย์และกินยาต่อเนื่องสัก 6 เดือนระหว่างนั้นเราก็ต้องเรียนรู้การวางแผนกิจวัตรประจำวันไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย กีฬา และงานอดิเรกต่างๆ”

“เท่าที่คุยกันมาดูเหมือนทางเลือกที่เป็นไปได้ในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะการออกกำลังกายก็คือ หนึ่ง คุณอาจตัดสินใจไม่ออกกำลังกาย แต่จะสังเกตอาการต่างๆ สอง คุณอาจเลือกออกกำลังกายเบาๆตามกิจวัตรประจำวันเช่นเดินไปตลาดเร็วๆ หรือสามถ้าคุณตั้งใจมากคุณอาจตัดสินใจไปวิ่งออกกำลังกาย”

หรือกรณีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเพราะขาดยา “เท่าที่ฟังมาคุณเป็นคนตั้งใจ ขยันขันแข็ง แต่ช่วงที่ขาดยามันทำให้นอนไม่ได้ อารมณ์ก็หงุดหงิด” “ช่วงที่กินยาคุณคิดกว่ามาก” คุณอาจวางแผนให้ได้ยาต่อเนื่องเช่น มารับตามนัด รับยาที่ รพสต. ใกล้บ้าน คุณคิดอย่างไรกับทางเลือกเหล่านี้

## รูปแบบของ MI ที่มีความเหมาะสมกับการทำงาน

การดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะ โรคที่เรื้อรังนั้น อาจต้องการ เวลา เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งใช้เวลาไม่น้อยจึงมีความเหมาะสมต่อการสนับสนุนการเกาะติดการรักษา และลดโอกาสอาการกำเริบ

การสร้างสัมพันธภาพ

การใช้คำถามเพื่อ  
สร้างแรงจูงใจ

การให้ข้อมูล เกี่ยวกับ  
วิธีการหรือวิธีปฏิบัติ



## การให้คำปรึกษาในรูปแบบของการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Motivational Advice)

การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Motivational Advice) หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า BA หมายถึง การให้ข้อมูลเชิงปรึกษาที่ใช้เวลา 5 - 10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำเกิดความตระหนักในความเสี่ยงหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการแก้ไข

การให้คำแนะนำแบบสั้นนั้นมีเรื่องราวความเป็นมาอันยาวนาน มีการศึกษาต่าง ๆ มากมายที่แสดงถึงรูปแบบและลีลาที่แตกต่างกันไปในแต่ละปัญหา เช่น การให้คำแนะนำแบบสั้นในนักดื่มสุรา การให้คำแนะนำแบบสั้นแก่เด็กวัยรุ่น เพื่อส่งเสริมการแปร่งฟัน การให้คำแนะนำแบบสั้น เพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย ฯลฯ

ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นนั้นเห็นได้อย่างชัดเจนในกรณีนักดื่ม ซึ่งใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินโดยพบว่านักดื่มที่ได้คำแนะนำแบบสั้นไปจะมีการลดปริมาณการดื่มลงไปถึงร้อยละ 27 และพบว่ายังให้คำแนะนำแบบสั้นนี้ซ้ำอีก (ซึ่งอาจเป็นการกระตุ้นเตือนหลังจากการให้คำแนะนำครั้งแรกผ่านไป) ก็จะทำให้ประสิทธิผลยิ่งดีขึ้น นอกจากนี้เรื่องการดื่มสุราก็การให้คำแนะนำแบบสั้นยังถูกใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเป็นรูปแบบหนึ่งของ Life style Intervention และพบว่ามีผลในการลดระดับความดันโลหิตและลดน้ำหนักตัว อย่างไรก็ตามผลที่ว่านี้ก็ยังไม่แน่นอนในระยะยาวเพราะปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับ

กับหลายอย่างเช่น อิทธิพลของสังคม ค่านิยม อย่างไรก็ตามการให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นระยะอย่างสม่ำเสมออาจช่วยสร้างแรงจูงใจจนสามารถตัดสินใจนำเอาข้อมูลความรู้มาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้

### ขั้นตอนสำคัญของการให้คำแนะนำแบบสั้น

1. การสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่การทักทายทั่วไป(เช่น การเชื้อเชิญให้นั่ง การแนะนำตัว การพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนเข้าสู่ประเด็น ) ที่สำคัญคือการค้นหาสิ่งดีที่สามารถชื่นชมเพื่อสร้างการเข้ากันได้ (engagement) เช่นคุณช่วยงานพี่สาวได้มากทีเดียว
2. การใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่การใช้คำถาม ถามเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มุมมองของเขาว่าเขามองเห็นปัญหาต่าง ๆ ว่ามีความสำคัญหรือมีผลกระทบเพียงไร ถามเกี่ยวกับสิ่งสำคัญหรือคนสำคัญในชีวิต เช่น

“คุณมีความเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการดื่มของคุณ”

“ช่วงที่กินยาต่อเนื่องเป็นอย่างไรบ้าง”

ซึ่งตามด้วยการสนับสนุนจากผู้รักษาและชี้ให้เห็นว่าช่วงนั้นเขาทำงานได้ดี

“เพราะอะไรคุณถึงตั้งใจที่จะกินยาต่อเนื่อง”

“คุณมองอนาคตของคุณอย่างไรบ้าง”(หวังลูกยอมอยากให้ตนเองมีสุขภาพดี)

## ใช้คำถาม/การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ

ได้แก่การใช้คำถามเพื่อกระตุ้น ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของปัญหา มองผลดีในอนาคตหากทำได้ หรือมองผลเสียหากไม่เปลี่ยนแปลงตนเอง

### กลุ่มคำถามที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจได้แก่

1. คอยเรื่องผลเสียหากยังมีพฤติกรรมเดิม เช่น “คุณคิดว่าจะเป็นอย่างไหากกินยาไม่ต่อเนื่องอย่างนี้ต่อไป(พูดด้วยท่าที่อยากช่วยเหลือ)”
2. คอยเรื่องผลดีหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น “จะเกิดอะไรขึ้นหากคุณฉีดยาอย่าง ต่อเนื่องทุกเดือน”
3. คอยเรื่องความสำคัญ เช่น “ลูกเขาจะรู้สึกอย่างไรกับการดื่มสุราของคุณ”
4. คอยเรื่องเป้าหมายในชีวิต เช่น “คุณอยากให้สุขภาพเป็นอย่างไรในอีกสัก 20 ปีข้างหน้า”

3. การให้ข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการหรือวิธีปฏิบัติที่จะช่วยลดความเสี่ยงหรือแก้ปัญหาสุขภาพ การให้ข้อมูลในจังหวะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดแรงจูงใจบ้างแล้วจะมีความเหมาะสมเพราะผู้ป่วยจะสนใจจดจำและนำไปใช้มากกว่าสถานะปกติ ข้อมูลเหล่านี้หากมีทางเลือกก็จะสนับสนุนการร่วมมือซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจด้วยตนเอง

การให้ข้อมูลนี้ควรเป็นข้อมูลสั้นๆที่เข้าใจง่าย เช่น กรณีของการดื่มสุราก็ให้ข้อมูลว่าการดื่มแบบไหนบ้างที่เกิดโทษ กรณีสูบบุหรี่ก็แนะนำวิธีการหยุดสูบการออกกำลังกายอาจแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยพร้อมทั้งอาจให้แผ่นพับรายละเอียดเพิ่มเติมซึ่งผู้ป่วยสามารถศึกษาเองในภายหลังได้

กรณีอาการทางจิตก็ควรได้รับข้อมูล

1. ชนิดหรือปริมาณยาและความสำคัญ
2. อาการดีที่คาดหวัง
3. อาการข้างเคียงที่อาจมีได้

**การสรุป และให้กำลังใจ** การใช้คำแนะนำแบบสั้นจะจบลงด้วยการสรุปเกี่ยวกับปัญหา(หรือความเสี่ยง) ที่เผชิญอยู่และทางแก้ไข พร้อมทั้งเน้นว่าแรงจูงใจหรือพลังใจรวมทั้งเหตุผล ซึ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงจะได้มาจากสิ่งไหน

## การใช้ MI ในรูปแบบของ การให้คำปรึกษาแบบสั้น

### (Brief Motivational Intervention)

การให้คำปรึกษาแบบสั้น เป็นการสื่อสารสองทางเพื่อให้ความช่วยเหลือในประเด็นเฉพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายที่จะสร้างแรงจูงใจในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสามารถวางแผนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ

การให้คำปรึกษาแบบสั้น เน้นไปที่การเสริมแรงจูงใจและการวางแผนปฏิบัติ มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงแต่มีความตระหนักในปัญหาอยู่บ้าง มีแรงจูงใจอยู่บ้างแล้วในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง เพราะหากยังไม่มีความแข็งแรงก็ไม่สามารถคุยกับเรื่องการวางแผนได้ การสนทนาใช้เวลา 20 – 30 นาที ในการคุยอย่างเบ็ดเสร็จ กล่าวคือ คุยจนจบประเด็นโดยไม่ได้คาดหวังว่าจะมาคุยกันต่อเป็นครั้งที่ 2 (แต่ก็สามารถนัดมารับคำปรึกษาต่อได้)

จะเห็นได้ว่าแท้ที่จริงแล้ว Brief Motivational Intervention นี้ก็คือ กับการนำเอา Brief Advice มาเพิ่มเติมการวางแผนปฏิบัตินั่นเอง

## ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบสั้น

1. การสร้างสัมพันธภาพ ได้แก่การทักทาย เชื้อเชิญให้นั่ง แนะนำตัว พูดคุยเรื่องทั่วไป ที่สำคัญคือการค้นหาสิ่งดีที่สามารถหยิบยกมา สนทนาหรือชื่นชมได้ เช่นการตั้งใจทำงาน เป็นคนรักและห่วงแม่ ฯลฯ
2. ประเมินปัญหาและระดับแรงจูงใจ ขั้นตอนนี้ก็คล้าย ๆ กับการให้คำแนะนำแบบสั้น

โดยอาจถามความเห็นเกี่ยวกับปัญหาหรือความเสี่ยงพร้อมทั้ง  
ความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น

**“คุณคิดอย่างไรกับการกินยาต่อเนื่อง”**

3. การใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ
  1. ผลเสียของพฤติกรรมเดิม
  2. ผลดีของพฤติกรรมใหม่
  3. เรื่องของเป้าหมายในชีวิต / อนาคต  
“จะมีร่างกายแข็งแรง ..... ต้องทำอะไรบ้าง?”
4. เรื่องความสัมพันธ์หรือคนที่รัก (ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง)

**“ถ้าคุณเลิกเหล้าได้ ลูกคุณจะรู้สึกอย่างไร”**



#### 4. การให้ข้อมูล คำแนะนำแบบมีทางเลือก

เช่น “คุณอาจไม่กินยาตามที่บอกแต่หมอมือเป็นห่วงนะ ลองสังเกตอาการหน่อย อันนี้เป็นทางเลือกแรก

**ทางเลือกที่สอง** คือ กินยาตามที่สั่ง และไปวัดความดันโลหิตดูสัก สัปดาห์ละครั้ง

**ทางเลือกที่สาม** คือ นอกจากกินยาแล้วอาจลองออกกำลังกายสักวันละ 10 - 15 นาทีดูว่าเป็นยังไงบ้าง

5. การสรุปและวางแผน เน้นแผนที่สั้น เป็นขั้นตอนที่ทำได้ เน้น small step อย่างค่อยเป็นค่อยไป

### สรุป กระบวนการให้คำปรึกษาแบบสั้น



## การประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับระบบสุขภาพ

1. การให้คำปรึกษา/สนทนาสร้างแรงจูงใจนี้สามารถ  
ประยุกต์ใช้ในหลายลักษณะเช่น

- เป็นเครื่องมือการสนทนาในขั้นตอนการคัดกรองปัญหาสุขภาพเพื่อสร้างความตระหนักในความเสี่ยงต่างๆ
- เป็นการสนทนาในช่วงหลังการตรวจรักษาเพื่อเพิ่มการกินยาครบและมาพบแพทย์ตามนัด
- เป็นเครื่องมือในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเช่นขาดการออกกำลังกาย ดื่มสุรา

เมื่อพิจารณาถึงเวลาที่ใช้ในการสนทนาจะพบว่าหากกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยนั้นยังมองไม่เห็นปัญหา อาจมีเวลาน้อยกรณีเช่นนี้การสนทนาด้วยเทคนิคการให้คำแนะนำแบบสั้นซึ่งใช้เวลาเพียง 5-10 นาทีจะมีความเหมาะสม แต่หากกลุ่มเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมีแรงจูงใจอยู่บ้างทั้งยังพอมีเวลาในการสนทนา กรณีเช่นนี้การให้คำปรึกษาแบบสั้นซึ่งใช้เวลา 20-30 นาทีจะเป็นสิ่งที่มีความเหมาะสม

2. การสนทนาสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วย ย่อมมีความสำคัญในการป้องกันโรคแทรกซ้อนและยังเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามด้วยการของ เจ้าหน้าที่ การใช้เวลา 5-10 นาทีในรายที่เสี่ยงต่อการขาดยา ทั้งนี้เพื่อสร้างแรงจูงใจก่อนการรับข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตัวน่าจะเพิ่มความสำเร็จในการรักษาได้ดีกว่าที่ผ่านมา

3. ด้วยความรู้ความเข้าใจในเรื่องของ MI Dosage เราควรให้ MI ที่สอดคล้องกับการนัดหมาย ใช้เวลา 5-10 นาที เลือกรายที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงขาดยาหรือมีความรุนแรง ก่อน แล้วค่อยขยายไปสู่กลุ่มทั่วไป ซึ่งมีจำนวนมาก ใช้จำนวนครั้งที่มากพอเช่น 4 ครั้งเป็นอย่างน้อย หากทำได้เดือนละครั้งก็สามารถครบได้ใน 4 เดือน

## แนวปฏิบัติ การสนทนาสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

### แนวปฏิบัติการให้คำแนะนำแบบสั้น

โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตัว  
(กินยาครบ , นีดยาตามนัด , พบแพทย์)

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อกระตุ้นการมองเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เช่น การกินยาอย่างต่อเนื่อง การนินทยาและรวมถึงการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส ด้วยการเชื่อมโยงสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยกับผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตัว (การกินยาและนินทยา) ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการกินยาต่อเนื่องและอาการหรือสุขภาพที่ดีขึ้น

**สาระสำคัญ** ผู้ให้คำปรึกษาใช้การสนทนาตามหลักสำคัญได้แก่

1. หลักการสร้างความร่วมมือ (Collaboration) เน้นไปที่การค้นหาและมีเป้าหมายเดียวกัน
2. การดึงความต้องการออกมา (Evocation) เน้นเหตุผลการเปลี่ยนแปลงที่มาจากกลุ่มเป้าหมาย
3. การริเริ่มดำเนินการด้วยตนเอง (Autonomy) เน้นการร่วมมือวางแผนเป็นเจ้าของแผนการ

ด้วยรูปแบบการสนทนาสร้างแรงจูงใจแบบสั้นที่เรียกว่า การให้  
คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) ซึ่งใช้เวลา 5-10 นาที

โดยมีโครงสร้างสำคัญคือ

1. การสร้างสัมพันธภาพ เน้นความร่วมมือ (Affirmation)
2. การสร้างแรงจูงใจด้วยการใช้คำถามการเปรียบเทียบสิ่ง  
สำคัญและพฤติกรรมสุขภาพ  
(Ask ;Reason for change)
3. การให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแบบมีทางเลือก (Advice  
[menu/choice])

## โครงสร้างการสนทนาที่ว่า 3As [Affirm , Ask , Advice]

### ขั้นตอน 1

**Affirmation** การสร้างสัมพันธภาพ

**วัตถุประสงค์** : สร้างความร่วมมือและแสดงความชื่นชม

**ตัวอย่างคำพูด/ คำถาม**

สวัสดิ์ค๊ะ/วันนี้มากับใครคะ / วันนี้มาแต่เช้าเลย/ เดี่ยวต้องไปทำงานหรือเปล่า/ คุณมีความตั้งใจมากนะ	“งานเป็นยังไงบ้าง เตรียมทำนา ปลูกข้าวหรือยัง” “เท่าที่เล่ามาคุณช่วยดูแลแม่ ได้มากทีเดียว”
---	--

**Ask (1A ถามประเมินแรงจูงใจ)**

**วัตถุประสงค์** : ระบุระดับหรือขั้นของแรงจูงใจ  
เพื่อให้สามารถใช้การสนทนาที่สอดคล้องกัน

**ตัวอย่างคำพูด/ คำถาม**

“คุณกินยาขังไปบ้าง” “เพราะอะไรคุณถึงตั้งใจในการ กินยา” “อะไรที่ทำให้คุณตั้งใจมาพบ แพทย์/มา รพ. ในวันนี้”	“ถ้าคุณหมอแนะนำให้คุณกินยา ต่อเนื่อง คุณคิดว่ามีโอกา สเป็นไปได้สักแค่ไหน” “คิดยังไงกับการฉีดยาเดือนหน้า”
--	---

### ขั้นตอนที่ 2

**แนวปฏิบัติ** การสนทนาสร้างแรงจูงใจ

เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช



## ขั้นตอนที่ 2

### Ask (2A ถามสร้างแรงจูงใจ)

วัตถุประสงค์ : ปลุกดันการเปลี่ยนแปลง

โดยเฉพาะการกินยาต่อเนื่อง

โดยในผู้ที่แรงจูงใจน้อยจะต้องกระตุ้นการมองเห็นปัญหาในผู้ที่ลังเลสงสัยต้องกระตุ้นการชั่งน้ำหนักผลดีผลเสียในผู้ที่เริ่มลงมือปฏิบัติควรถามถึงแผนการและในผู้ที่ทำได้บ้างแล้วควรถามถึงผลดีที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลง

#### ตัวอย่างคำพูด/ คำถาม

“อะไรเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คุณต้องมาพบหมอ”

“ถ้าคุณไม่มาจะมีผลกระทบอะไรบ้าง”

“มีบางครั้งไหมที่คุณหยุดยาไปเพราะอะไรถึงกลับมากินอีก”

“สังเกตว่าอาการเป็นอย่างไรเวลากินยาต่อเนื่อง(หรือขาดยาหลายวัน)”

“มันจะเกิดอะไรขึ้นถ้าคุณกินยาต่อเนื่อง”

“อาการของคุณจะดีขึ้นอย่างไรบ้าง”

“คุณเล่าว่าเคยออกกำลังกาย ตอนนั้นมีแรงจูงใจอะไร/ผลลัพธ์จากการออกกำลังกายเป็นอย่างไร”

### ขั้นตอนที่ 3

**Advice** การให้ข้อมูล/เสนอแนะแบบมี

ทางเลือก/ส่งต่อ

**วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับทราบ

ข้อมูลและทางเลือกที่เป็นไปได้

**ตัวอย่างคำพูด/ คำถาม**

- |   |  |
|---|--|
| - ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและเชื่อมโยงกับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต                                  | - แนะนำ/ให้ข้อมูล 3-2สเบื้องต้น                            |
| - เปรียบเทียบชีวิตที่กินยา(ดีกว่าขาดยา)”  | คุณอาจเลือกรับยาที่โรงพยาบาลหรือที่ รพสต. ใกล้บ้าน อีกทั้ง |
| - แนะนำตามความเหมาะสมเช่น “หากลืมกินยาก็กินเพิ่มในวันนั้นได้ แต่ไม่ต้องเพิ่มหากนึกได้ในวันถัดไป ฯลฯ | หากติดเชื้อสำคัญอาจให้ญาติมารับยาได้ ฯลฯ                   |

**จ.**  
อาหารที่  
มีประโยชน์

**จ.**  
ออกกำลังกาย  
สม่ำเสมอ

**จ.**  
อารมณ์  
แจ่มใส



## เครื่องมือช่วยในการสนทนา ไม้บรรทัดวัดแรงใจ

1. คุณเชื่อว่าคุณสามารถกินยาครบขนาดไหน
2. คุณสามารถออกกำลังกายตามที่ตั้งใจ
3. คุณสามารถทำงาน/เรียนได้ขนาดไหน

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = ไม้แน่ใจ

10 = ทำได้แน่นอน



# ตัวอย่างแบบบันทึก

## ครั้งที่ 1

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....ผู้ให้คำปรึกษา.....  
ชื่อ.....HN.....  
อายุ.....อาชีพ.....โทร.....
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)
3. กระบวนการ
  - 1 แสดงความชื่นชม(Affirmation)  
เรื่อง.....
  - 2 ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ(Ask)  
พบว่าแรงจูงใจคือ.....
  - 3 แนะนำ/ส่งต่อ (Advice)  
เรื่องแนะนำ.....  
พบว่าสิ่งสำคัญ(หรือเป้าหมาย)คือ.....  
ผลกระทบของโรค/อาการต่อสิ่งสำคัญ.....
4. Scale เช่น BPRS PANASS .....
5. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง(ตามแบบประเมิน)

## ครั้งที่ 2

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....ผู้ให้คำปรึกษา.....  
ชื่อ.....HN.....  
อายุ.....อาชีพ.....โทร.....
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)
3. กระบวนการ
  - 4 แสดงความชื่นชม(Affirmation)  
เรื่อง.....
  - 5 ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ(Ask)  
พบว่าแรงจูงใจคือ.....
  - 6 แนะนำ/ส่งต่อ (Advice)  
เรื่องแนะนำ.....  
พบว่าสิ่งสำคัญ(หรือเป้าหมาย)คือ.....  
ผลกระทบของโรค/อาการต่อสิ่งสำคัญ.....
4. Scale เช่น BPRS PANASS .....
5. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง(ตามแบบประเมิน)

### ครั้งที่ 3

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....ผู้ให้คำปรึกษา.....  
ชื่อ.....HN.....  
อายุ.....อาชีพ.....โทร.....
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)
3. กระบวนการ
  - 7 แสดงความชื่นชม(Affirmation)  
เรื่อง.....
  - 8 ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ(Ask)  
พบว่าแรงจูงใจคือ.....
  - 9 แนะนำ/ส่งต่อ (Advice)  
เรื่องแนะนำ.....  
พบว่าสิ่งสำคัญ(หรือเป้าหมาย)คือ.....  
ผลกระทบของโรค/อาการต่อสิ่งสำคัญ.....
- 4 Scale เช่น BPRS PANASS .....
- 5 ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง( ตามแบบประเมิน)

## ครั้งที่ 4

1. ข้อมูลทั่วไป วันที่.....ผู้ให้คำปรึกษา.....  
ชื่อ.....HN.....  
อายุ.....อาชีพ.....โทร.....
2. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)
3. กระบวนการ
  - 10 แสดงความชื่นชม(Affirmation)  
เรื่อง.....
  - 11 ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ(Ask)  
พบว่าแรงจูงใจคือ.....
  - 12 แนะนำ/ส่งต่อ (Advice)  
เรื่องแนะนำ.....  
พบว่าสิ่งสำคัญ(หรือเป้าหมาย)คือ.....  
ผลกระทบของโรค/อาการต่อสิ่งสำคัญ.....
- 4 Scale เช่น BPRS PANASS .....
- 5 ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง( ตามแบบประเมิน)

## การติดตามผล

ติดตามผลตามกำหนดนัด 2 ครั้ง ทุก 3 เดือน

”ติดตามครั้งที่ 1” วันที่.....ผู้ติดตาม.....

พบว่าการกินยา.....

พบว่าการฉีดยา.....

พบว่าการปฏิบัติตัว(3 อ 2 ส).....

กระบวนการ

1. แสดงความชื่นชม(Affirmation)

เรื่อง.....

2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ(Ask)

พบว่าแรงจูงใจคือ.....

3. แนะนำ

เรื่อง.....

ผลลัพธ์ Scale เช่น BPRS PANASS .....

ระดับ คุณภาพชีวิต

ระดับ HbA1c (กรณี มีเบาหวานร่วมด้วย)

4. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)

ติดตามครั้งที่ 2

วันที่.....ผู้ติดตาม.....

พบว่าการกินยา.....

พบว่าการฉีดยา.....

พบว่าการปฏิบัติตัว(3 อ 2 ส).....

กระบวนการ

- 1. แสดงความชื่นชม(Affirmation)

เรื่อง.....

- 2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ(Ask)

พบว่าแรงจูงใจคือ.....

- 3. แนะนำ

เรื่อง.....

ผลลัพธ์ Scale เช่น BPRS PANASS .....

ระดับ คุณภาพชีวิต

ระดับ HbA1c (กรณี มีเบาหวานร่วมด้วย

- 4. ประเมินแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (ตามแบบประเมิน)



## ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เทอดศักดิ์ เตชคง พ.บ.

สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ วัดดูประสค์หลักคือ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะภายหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันทึ หลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัดดูประสค์เฉพาะคือ 1) เปรียบเทียบความร่วมมือในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 2) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันทึ หลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน เครื่องมือคือ 1) โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจจำนวน 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง 2) แบบบันทึกการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 3) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด 4) เครื่องมือสำหรับเจาะเลือด ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ.2559-2560 รวม 70 แห่ง จำนวน 999 คน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 351 คน ผลพบกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 - 59 ปี มากที่สุด (35.6%) ค่าเฉลี่ยของ FPG ก่อนรับโปรแกรมมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 212.137 มก./ดล. หลังจากนั้นค่าเฉลี่ยลดลง หลังจบโปรแกรม 3 เดือนมีค่าเท่ากับ 158.282 มก./ดล.สำหรับระดับการควบคุม FPG ระหว่างก่อนรับโปรแกรมกับหลังจบโปรแกรมครั้งที่ 4 ทันทึ หลังจบโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายบุคคลพบการเปลี่ยนแปลงของระดับ FPG ที่บ่งชี้ว่าลดลงร้อยละ 63.8, 71.8, 70.6 ตามลำดับ หมายถึงการควบคุม FPG ดีขึ้น ฉะนั้นควรนำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจไปขยายผลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับบริการอย่างทั่วถึงและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: การสนทนาสร้างแรงจูงใจ, ระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2



ประสิทธิผลการสนทนาสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับ  
น้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี  
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ไม่ดี

The effectiveness of motivational interviewing per Hemoglobin A1C  
control level in type 2 diabetes mellitus patients as poor long term

เทอดศักดิ์ เดชคง พ.บ.

สำนักงานวิเทศสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต

**บทคัดย่อ**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลซ้ำ  
วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลใน HbA1c  
ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ  
พัฒนาจากการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน  
การสนทนา 4 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ใช้เวลา 5-10 นาทีต่อ  
ครั้ง มีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับ  
บำบัด 2) ค้นหาและทำให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
มั่นคงมากยิ่งขึ้น 3) ให้ข้อมูลและข้อเสนอแบบมีทางเลือกในการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลใน  
HbA1c ของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง  
สาธารณสุขรวม 70 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 253 ราย คัดเลือก  
แบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการระหว่างพฤศจิกายน พ.ศ.2558-

2559 พบว่าร้อยละ 31.2 มีอายุ 60–69 ปี หลังจบโปรแกรม  
เดือนที่ 6 ค่าน้ำตาลใน HbA1c ลดลงถึง 180 คน (ร้อยละ 71.1)  
และลดลงอย่างเปลี่ยนระดับการควบคุม 101 คน (ร้อยละ 39.9)  
ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลใน HbA1c ระหว่างก่อนทดลองและติดตาม  
ครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจผลักดัน  
แรงจูงใจภายในนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรนำโปรแกรมนี้  
ไปอบรมให้กับพยาบาล ในแผนกคลินิกเบาหวานให้ครบ 100%  
เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

**คำสำคัญ** การสนทนาสร้างแรงจูงใจ

การควบคุมระดับน้ำตาลในฮีโมโกลบินเอวันซี

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

## เอกสารอ้างอิง

1. การนำเสนอรายงานข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบ 21 เพิ่มมาตรฐาน [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นข้อมูล 22 สิงหาคม 2565 เข้าถึงได้จาก  
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=9&flag\\_kpi\\_year=2022&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aece3a](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aece3a)
2. เทอดศักดิ์ เดชคง(2555).เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
3. เทอดศักดิ์ เดชคง (2553) ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายพฤติกรรมสุขภาพแบบสร้างแรงจูงใจในประชากรก่อนเบาหวาน(Pre-DM)ของสถานีอนามัยทากาศ.สืบค้นข้อมูล 14 พ.ย. 2557 เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.advisor.dmh.co.th>
4. นาถนภา วงษ์ศิลป์ และคณะ.การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 (2013): กันยายน - ธันวาคม 2556)
5. วิชัย เทียนถาวร.(2556).ระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่ การปฏิบัติ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
6. วิชัย เอกพลกกร (บรรณาธิการ) .การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ใน ปี 2551-2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด , 2553.

7. เทอดศักดิ์ เดชคง ,รัตดา ทรัพย์ประที(2557)การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[NCD]กรมสุขภาพจิต
8. เทอดศักดิ์ เดชคง ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563; E13-24
9. Wai Tong Chien, Jolene H C Mui, et al.(2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*. 2015 Jun 14;16:270. doi: 10.1186/s13063-015-0785-z.
10. Renata K. Martins, Daniel W. McNeil[2009] ; Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors *Clinical Psychology Review*
11. Brad Lundahl, Brian L. Burke [2009] The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses; *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*
12. Burke, Hal Arkowitz and Marisa Menchola (2003) The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials
13. Emile Barkhof\*,1, Carin J. Meijer1 et.al (2013) The Effect of Motivational Interviewing on Medication Adherence and Hospitalization Rates in Nonadherent Patients with Multi-Episode Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 39 no. 6 pp. 1242–1251, 2013]

14. Francisco Javier Acosta I, José Luis, et.al.(2012). Medication adherence in schizophrenia. World J Psychiatry. 2012 Oct 22;2(5):74-82. doi:10.5498/wjp.v2.i5.74
15. Jos Dobber, Corine Latour, et.al.(2018). Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing BMC Psychiatry (2018) 18:135]
16. Jos Dobber et al. Active Ingredients and Mechanisms of Change in Motivational Interviewing for Medication Adherence. A Mixed Methods Study of Patient-Therapist Interaction in Patients With Schizophrenia Frontiers in Psychiatry 2020 volume 11]
17. **Ken Resnicow, Colleen DiIorio** et.al.(2002) Motivational Interviewing in Health Promotion: It Sounds Like Something Is Changing
18. Kyoko Higashi, Goran Medic, et.al.(2013) Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Ther Adv Psychopharmacol. 2013 Aug; 3(4): 200–218. doi: 10.1177/2045125312474019
19. Giada Pietrabissa et.al.(2015). Integrating Motivational Interviewing with Brief Strategic Therapy for Heart Patients
20. Benjamin S Teeter, MS, Jan Kavookjian, PhD(2014) Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review

21. Richard Gray et al. (2002) [Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research International Journal of Mental Health Nursing (2010) 19, 36–44]
22. Miller, W., & Rollnick, S. (2012). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.
23. Chatterjee S, Riewpaiboon A, Piyauthakit P, Riewpaiboon W, Boupaijit K, Panpuwong N, et al. Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. Health Soc Care Community. 2011 May;19(3):289-98. 22.
24. Sune Rubak, Anneli Sandbæk, Torsten Lauritzen and Bo Christensen. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice, April 2005.

# Motivational Interviewing

for Health Behavior Change

